2k. 35. Di

Lane Medical Library

Ueber das

primäre Carcinom des Ductus choledochus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

verfasst und der

Hohen medizinischen Facultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des Herrn

Obermedicinalrat Prof. Dr. Bollinger

vorgelegt von

Gustav Dieckmann
appr. Arzt aus Enger, Westfalen.

München 1889.
Buchdruckerei von M. Ernst.

Ueber das

primäre Carcinom des Ductus choledochus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

verfasst und der

Hohen medizinischen Facultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des Herrn

Obermedicinalrat Prof. Dr. Bollinger

vorgelegt von

Gustav Dieckmann
appr. Arzt aus Enger, Westfalen.

München 1889.
Buchdruckerei von M. Ernst.

Seinen teuren Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Mit dem Fortschritte in der Kenntnis und Diagnostik der epitelialen Geschwülste sind zahlreiche Veröffentlichungen erschienen, welche auch für solche Organe, bei denen bisher nur metastatische Neubildungen erkannt waren, das Vorkommen von primären ergaben. Doch sind sie vielerorts sehr selten, so dass dann, namentlich wenn es sich um die klinisch wichtigste primäre Neubildung handelt, die krebsige, alles Andere eher zur Diagnose herangezogen werden kann in schwierigen Fällen, besonders falls auch die Annahme einer etwaigen metastatischen Bildung durch das Fehlen von Symptomen der Praedilectionsstellen für Krebse ausgeschlossen ist. Ein in dieser Beziehung wichtiges und oft als Sitz maligner Tumoren erkanntes Organ ist in hervorragender Weise die Leber mit ihren ausführenden Adnexen. Während aber erstere in jeder Beziehung erschöpfend behandelt, auch das Carcinom der Gallenblase auf Grund einer überaus reichen Casuistik in letzter Zeit wissenschaftlicher Bearbeitung unterzogen wurde, ist das primäre Carcinom des gemeinschaftlichen Gallenganges noch ein weiterer Aufklärung harrender Teil in diesem Gebiete der Pathologie. Was bisher über dieses letztere speciell veröffentlicht und mir zugänglich wurde, möge hier zusammengefasst, und ein in der hiesigen medicinischen Klinik geendeter und im pathologischen Institute obducierter Fall hinzugefügt werden, der klinisch und

pathologisch - anatomisch gleiches Interesse beanspruchen dürfte.

Der erste, welcher die solitäre krebsartige Neubildung in den Gallenwegen überhaupt antraf, ist Durand-Fardel. Er hat seine diesbezüglichen Beobachtungen, welche 5mal den Gallenblasenkrebs und 1mal den des Ductus choledochus betreffen, in den „Krankheiten des Greisenalters" niedergelegt, im Jahre 1838.

Die Zahl der gefundenen Fälle unzweifelhaften primären Gallengangkrebses beträgt, einschliesslich des hier vorgekommenen, acht, so dass diese Affektion gegenüber der gleichartigen der Gallenblase gewiss als seltene gelten muss. Da die Literatur aber auch eine in unserm Sinne anzuzweifelnde Casuistik enthält, so sei zunächst kurz des Begriffes des „Primären", sowie der etwa auszuschliessenden Fälle gedacht.

Eine strenge Abgrenzung der solitären Carcinome der Gallenwege — es handelt sich dabei um die Gallenblase — will J. Schreiber[1]) durchgeführt wissen, indem er den unter gleichzeitiger krebsiger Erkrankung anderer Organe (Leber, Magen, Duodenum, Lymphdrüsen) einhergehenden Fall Lambl's[2]) kurzer Hand ausschliesst, ohne zuzugeben, dass nicht auch vielleicht ein Gallengangkrebs neben einem anderen als primär aufzufassen sei. Für Letzteres tritt mit Entschiedenheit J. Krauss[3]) ein; denn zur Zeit des Exitus habe die primäre Bildung gewiss schon Metastasen gesetzt; auch könne ein tüchtiger pathologischer Anatom die primäre Geschwulst erkennen und nachweisen.

---

1) Berl. klin. Wochenschr. 1877. 31.
2) Virch. Archiv VIII. 1855. S. 133.
3) Deutsch. Archiv f. klin. Medic. XXXIV. S. 270.

Krauss spricht ebenfalls nur von der Gallenblase. Die Leber- und Gallenblasenkrebse aber, welche Mitergriffensein des Ductus choledochus zeigten, sind sicher nicht von letzterem entstanden. Doch halte ich es für möglich, dass bei dem Carcinom im Grunde der Gallenblase, welches Planteau und Vidal[1]) schildern, der mitgefundene Krebsknoten an der Vereinigungsstelle des Ductus cysticus und hepaticus als ein selbstständiger entstanden sei, wenngleich auch hier die krebsig infiltrierten portalen Lymphdrüsen die Deutung als metastatische Bildung zulassen.

Der in der einschlägigen Literatur oft genannte und schon erwähnte Zottenkrebs Lambl's ist allerdings auszuschliessen; die carcinomatöse Degeneration des Pylorus, dieses bevorzugten Krebsbildungsherdes spricht zu deutlich für Metastase.

In J. Schreiber's Aufsatz ist ein auch sonst viel Bemerkenswertes bietender Fall von Markschwamm des Ductus hepaticus von C. Rösch citiert. Letzterer hat ihn in Hufeland's Journal Stück 3. 1839 veröffentlicht; dort ist aber nur der Gallenblasengang der ergriffene Teil. Ich übergehe daher dieses.

Frerichs, welcher in einem Lehrbuch zuerst den primären Krebs des Ausführungsapparates der Leber nennt, giebt auch zwei Fälle von carcinomatöser Infiltration des Duodenalteiles des Ductus choledochus. Doch bezeichnet er selbst sie als Carcinom des Duodenums und des Pankreaskopfes. Der erste Fall zeigte ulcerösen Defect der Papille von schwammiger Wucherung umgeben. Auch der Pankreaskopf war, wohl hauptsächlich, ergriffen.

Die zweite Bildung ging von letzterem aus und

---

1) Bull. de la Soc. anat. 3. Sér. X. 3. p. 689.

endete, den Ductus choledochus obliterierend als gelappte wallnussgrosse in den Darm ragende Geschwulst.

Auch zwei, in Canstatt's Jahresbericht 1843 und 52 verzeichnete und der Vollständigkeit wegen in Betracht zu ziehende Fälle, dem Ductus choledochus ausschliesslich angehörender Neubildungen, sind im vorliegenden Sinne nicht zu verwerten. Schon das Alter des 17jährigen Mädchens spricht in einem Falle für den Effekt einer chronischen Entzündung und gegen Carcinom.

Es ist in letztgenanntem Werke von einer, ursprünglich im „Journal de Mèdic. prat. de Montpellier" beschriebenen Verschliessung des gemeinschaftlichen Gallenganges die Rede, durch eine fettige organisierte Masse mit Erweiterung der Gallengänge und Bildung zweier mit der Gallenblase zusammenhängender Säcke, Hypertrophie der Leber, Gelbsucht, unvollständiger Verdauung, Marasmus und Fluctuation in der Gegend der Gallenblase. — Es war mir indess nicht möglich, obiges Journal behufs näherer Information über den Charakter der verschliessenden Masse, zu erlangen.

Noch sei erwähnt, dass die von Orth (Lehrb. der spec. path. Anat.) angeführte Form primären Leberkrebses, welche als von den kleinen Gallengängen ausgehend „Gallengangkrebs" genannt wird, sowie eine „dritte seltenste Form" primären Lebercarinoms, welches von den innerhalb der Leber gelegenen grösseren Gängen aus die Capsula Glissonii infiltriert, als eine der Leber zuzusprechende Krankheit nicht in Frage kommt.

Die mir bekannt gewordenen, nur die ausserhalb der Leber liegenden Gallengänge und den Ductus choledochus angehenden primären Carcinomfälle sind folgende:

Erster Fall.

Eine 61jährige Frau trat im Januar 1838 in die Salpétrière zu Paris ein und starb im Juni. Ihr Leiden und den Sectionsbefund beschreibt Max Durand-Fardel[1]):

Sie litt an Zufällen, welche eine innere Hernie charakterisierten nnd sich rasch verloren. — Rechtes Abdomen ziemlich stark gespannt und geschwellt. Gelbsucht nicht vorhanden. Ausserordentlich abgemagert, Lage unbeweglich. Haut trocken, erdfarbig; sie schwitzte nie; in den letzten Monaten unwillkürlicher Stuhlabgang. Sie ass wenig und brach niemals. Kreislauf sehr langsam und schwach. Extremitäten sehr kalt. Tod ohne Agonie.

Section: Hirn, Brust, Bauchfell, Darm, Beckenorgane nichts. - - Enorme Erweiterung der Gallengänge, die mehr als das Dreifache ihrer Durchmesser nach allen Richtungen betrug und sich gleichmässig über alle Teile, aus welchen die Gallenwege bestehen und bis in die Endverzweigungen des Ductus hepaticus im Innern der Leber erstreckte. Die Gallenblase war mit einer Menge gelber Galle angefüllt, die man auch im Gallengang antraf, und in welcher einige sehr kleine und unregelmässige, gelbliche und weissliche Steine schwammen.

Nachdem der Ductus von unten von oben aufgeschnitten war, sah man, dass sein Zwölffingerdarmende durch eine krebsige Masse von dem Volumen einer welschen Nuss verstopft wurde. Die Masse war rötlich, an der Oberfläche ziemlich weich und schien erweichter Scirrhus zu sein, denn an ihrer Basis waren einige weisse feste Stellen vorhanden, die unter dem Scalpell fast knirschten. Sie adhaerierte an dem ganzen Um-

1) Arch. de méd. de Paris, Juin 1840. (Schmidt's Jahrb. 29. 31.)

fang dieses Kanals, indem sie fast das untere Viertel einnahm und selbst in den Teil eingedrungen war, der durch die Wand des Zwölffingerdarms geht. Die centrale Parthie der krebsigen Geschwulst war weich nnd bot der Sonde keinen Widerstand. Im oberen Teile fand sich ein, wie steckengebliebener Stein, der denen der Gallenblase glich. Im Duodenum fand sich nichts Bemerkenswertes, ausser, dass die an der Mündung des Ductus choledochus gelegene Erhabenheit beträchtlicher war, als gewöhnlich. Die Leber war bis auf die Erweiterung der Gallengänge sehr gesund. Kein anderes Organ bot Spuren krebsiger Entartung.

Zweiter Fall.

Unter dem Titel: „Icterus durch Cancroid des Ductus choledochus mit Albuminurie" macht Dr. S. Rosenstein folgende Mitteilung[1]):

Ein bisher gesunder Mann (das Alter ist nicht angegeben) wurde unter den charakteristischen Erscheinungen des Magendarmkatarrhes von intensivem Icterus befallen, der trotz der gegen den Katarrh gerichteten Behandlung zunahm, so dass der ganze Körper, auch die Conjunctiva saffrangelbe Farbe zeigte. Puls = 64; Respiration = 15. An den Organen der Circulationen und Respiration war nichts Auffälliges zu finden. — Das Abdomen flach, weich, schmerzlos, nur in der epigastrischen Gegend bei tiefem Druck leichte Empfindlichkeit. Leberdämpfung begann in der Mammillarlinie am oberen Rand der sechsten Rippe und mass in ihrer Länge 13 cm; überragte die Linea alba nach links um 3 cm. — Leichtes Oedem der Malleolengegend. — Der Harn beträgt seit Beginn der Erkrankung an Menge nur 300 cm täglich, ist

1) Berl. klin. Wochenschr. 1864. 34.

vom spec. Gewicht 1,011 und von gesättigt gelbbrauner Farbe. — Stuhl farblos, lehmig, träge.

Später trat geringer Ascites und im November — der Eintritt in die Behandlung geschah im Oktober — fiberhafter Zustand mit Initialsschüttelfrost auf. Der Puls stieg auf 78, die Respiration auf 20. — Der Stuhl färbt sich schliesslich blutig, die Diurese beschränkt sich auf ein Mininum. — Bewusstsein stets frei. Tod unter Lungenoedem.

Die Section der völlig abgemagerten Leiche geschah unter Prof. v. Recklinghausen:

In der Bauchhöhle etwas rötliche Flüssigkeit. — Leber mässig gross, olivengrün. Ein an der Papilla duodenalis vorragender kirschengrosser, von der intakten Schleimhaut überzogener Tumor hält den über die Stärke eines kleinen Fingers dilatierten Ductus choledochus, sowie die prallgefüllte Gallenblase fest abgesperrt vom Darmlumen. Innerhalb dieses Tumors ist der noch zu sondierende Kanal etwas gewunden, zeigt keine besondere Wand mehr, sondern eine weissliche, markige, unebene Fläche, die auf Druck weisslichen Saft entleert.

Nach aussen leicht gelappt, folgt die Bildung genau dem Verlaufe des Ductus choledochus. — Die Wand der weiten Gallengänge dunkelbraun tingiert; die feineren Rami sind begleitet von abscedierenden Herden.

Der Bau der Geschwulst erwies sich unter dem Mikroskop als aus Cylinderepitel bestehend, welches in mehreren Schichten gehäuft lumenlose Schläuche bildete. Die ganze Wand des Ductus, sogar die Muscularis duodeni war durchsetzt von den Geschwulstläppchen, ein Zeichen für die Bösartigkeit trotz der fehlenden Neigung zum Zerfall. Gegen die Auslegung einer einfachen Hypertrophie und Hyperplasie der Gangdrüsen

spricht die bedeutende Grösse der Zapfen und das weite Eindringen in die Nachbarschaft. Der Tumor wurde daher als „Cancroid mit cylindrischen Zellen“ bezeichnet.

Dritter Fall.

Demnächst wurde sehr eingehend ein Krebs an der Gabelung des Ductus cysticus und hepaticus, welcher der Naunyn'schen Klinik in Königsberg entstammte, von J. Schreiber dargestellt[1]):

Eine aus gesunder Familie stammende 62jährige Frau klagt über ein vor 7 Monaten ursachlos entstandenes Leiden, dessen Hauptmomente gelbe Hautfarbe, Hautjucken, entfärbte Faeces und dunkelgebräunter Urin, also Erscheinungen des Icterus, sind. Diesem gesellten sich schmerzlose Schwellung des Abdomen und der Füsse, Schwund des Panniculus adiposus und der Musculatur und somit erhebliches Sinken der Körperkraft. — Haut der Extremitäten ichthyotisch; Puls regelmässig, etwas frequent, dabei tardus.

Die Leber, deren Grenze nach oben in der Parasternallinie auf die fünfte Rippe, nach unten in der Mammillarlinie etwa handbreit über den Costalrand vorgeschoben ist, lässt durch Palpation eine glatte, ebene, nicht harte Oberfläche erkennen. Die Empfindlichkeit ist nirgends gesteigert. In der Magengegend wird von der Patientin ein Gefühl der Völle und des Druckes angegeben, doch ist weder ein Tumor zu constatieren, noch eine Schmerzhaftigkeit zu lokalisieren.

Urin dunkelbraun; Defaecation retardiert.

Die Symptome bleiben konstant, nur hebt sich 6 Tage vor dem Tode mit dem Appetit etwas das

1) Berl. klin. Wochenschr. 1877. 31.

Wohlbefinden. Eine Pneumonie im linken Unterlappen führte das Ende herbei.

Am zweiten Tage nach dem Tode ergab die Autopsie:

Links unten pneumonische Herde; an Herz, Magen, Darm, Pankreas jedoch keine auffallende Abnormität.

In den sonst freien Ductus choledochus ragt an seiner Teilungsstelle ein etwa kirschgrosser Tumor von mässiger Resistenz; er stellt sich als eine ziemlich circumscripte Infiltration der Wand dieses Ganges dar, ein für eine sehr feine Sonde passierbares Lumen zwischen sich lassend. Die Schleimhaut dieses sehr verengten Ganges scheint nicht normal, sondern stellenweise exulceriert. In gleicher Dicke verfolgt die Infiltration die Wand des Ductus hepaticus und in ½zölliger Länge die seines linken Astes, um scharf mit wallartig aufgeworfenen Rande zu enden. Der rechte Ast ist nicht afficiert, seine Mündung aber noch mit verengt.

Jenseits der oberen Tumorgrenze beträchtliche Erweiterung der Gänge. Der untere Rand lässt die Cysticusöffnung noch frei. Die Gallenblase collabiert.

Der Tumor hat sich auch in Haselnussgrösse, scharf abgrenzbar, in die Leberoberfläche eingedrängt, ohne das Parenchym selbst zu durchdringen. Letzteres im ganzen zäh, derb, auf dem Durchschnitte dunkelgrün.

Drüsen der Porta ohne Infiltration.

Differentialdiagnostisch lag dem Verfasser bei dem Alter, der Abmagerung und der Schwäche der Patientin die Annahme eines Lebercarcinoms am nächsten; ihr stand aber entgegen die Schmerzlosigkeit des Organs. In Anbetracht, dass Magencarcinome ohne specifische Magenaffektionen bestehen können, hätte auch ein solches durch Infiltration der Portaldrüsen und dadurch bedingte secundäre Compression der ausführenden

Lebergänge die Ursache des Krankheitsbildes bei der Lebenden sein können. Dasselbe könnte auch von einem Carcinom des Pankreas gelten.

Vierter und fünfter Fall.

In zwei Malen begegnete Birch-Hirschfeld[1]) dem primären Krebs des Ductus choledochus und fand ihn einmal bei einem 49jährigen Manne im untersten Teile des Ganges in Form einer weichen Geschwulst mit zottiger Oberfläche. Dem Sitze nach würde sich dieser Fall also den beiden ersten anschliessen.

Das andere Mal hatte sich der Krebs „weiter oben" entwickelt, worunter wohl die Gangstrecke zwischen dem Eintritt in die äussere Darmwandschicht und der Einsenkung des Ductus cysticus zu verstehen ist.

Angaben über die Erscheinungen und Diagnose intra vitam, sowie genauere makroskopische Charakteristik, namentlich auch Alter und Geschlecht im zweiten Falle fehlen.

Die Bedeutung des Angeführten im Werke des Verfassers liegt darin, dass er mikroskopisch das Ausgehen der Geschwülste vom Epitel der Gallengangdrüsen erkannte. Doch hierüber später.

Sechster Fall.

Eine in seiner Klinik beobachtete primäre Krebserkrankung des Ductus hepaticus veröffentlicht Korczynski[2]):

Es handelt sich um einen 69jährigen, seit 2 Jahren phtisischen und sehr herabgekommenen Mann, dessen Klagen seinem Schwächezustande, Appetitmangel,

1) Birch-Hirschfeld, Lehrbuch d. path. Anat. 1877.

2) Przeglad lekarski Nr. 11 u. 12. (Virchow u. Hirsch, 1878. II. 208.

Husten, sowie einer vor 5 Wochen eingetretenen, täglich zunehmenden Gelbsucht galten.

Die Untersuchung ergab das Vorhandensein beiderseitiger Lungenphtise im Stadium der Cavernenbildung. Die bedeutend vergrösserte Leber ist in der rechten Axillarlinie etwa 4 ctm, in der Mammillarlinie 5 ctm unter dem Rippenbogen, in der Medianlinie 3 ctm unter dem Nabel zu palpieren.

Milz normal. Faeces entfärbt, oft diarrhoeisch.

Section: Leber ziemlich bedeutend vergrössert, von unebener, fein granulierter Oberfläche. Die Schnittfläche zeigt bis auf 1—2½ ctm Durchmesser dilatierte Gallengänge mit verdickter Wandung und mucös-gallenartigem, geblichen Inhalt. Die bedeutende Erweiterung der portalen Gallengänge verleiht der Leber dort ein cavernöses, schwammiges Gepräge.

Die Wand des Anfangsteiles des Ductus hepaticus bis auf 2 mm im Querschnitt verdickt, trägt innen diffuse Auflagerungen von ziemlich weichem, succulenten, blass röthlich-gelb gefärbten Gewebe. Etwa 2 ctm nach unten sitzt auf der inneren Wand des Ductus hepaticus eine 4 mm im Durchmesser betragende Geschwulst aus gleichartigem Gewebe.

Die Auflagerungen im oberen, sowie diese Geschwulst im tieferen Teile des Ductus hepaticus wurden mikroskopisch als carcinomatös erkannt.

Siebenter Fall.

Folgenden „Fall eigener Beobachtung, welcher für das anatomische Verhalten des primären Gallengangkrebses als Paradigma dienen kann", giebt Schüppel[1]):

„Ein etwa 60jähriger Mann, welcher Monate lang an intensivem Icterus gelitten hatte, war unter schnell

1) Ziemssen, Handb. d. spec. Pathol. u. Therapie. VIII.

zunehmender Abmagerung schliesslich an Erschöpfung gestorben. Die Leber war vergrössert, fest, schwach granuliert, von olivengrüner Farbe, sämtliche Gallengänge innerhalb der Leber stark diffus erweitert und mit Eiter von schwach galliger Färbung erfüllt. Der Ductus hepaticus war an seiner Bifurcationsstelle auf eine etwa 2 ctm lange Strecke von einer festen scirrhösen Neubildung eingenommen. Das Lumen des Ganges erschien auf dem Querschnitte als ein enger, für die Sonde nur mühsam durchgängiger Spalt von unregelmässig eckiger Gestalt. Die Wand des Ganges ist durch das krebsige Infiltrat, welches seine ganze Circumferenz gleichmässig einnimmt, in eine ca. 3 mm dicke, starre Gewebslage umgebildet, an welcher man auf dem Querschnitte die einzelnen Schichten der Wandung nicht mehr unterscheiden kann. Der Krebs erstreckt sich in die Tiefe bis zur Zellgewebsscheide des Ganges und erscheint hier ziemlich deutlich begrenzt. Die Innenfläche des Kanals ist im Bereiche des Krebses uneben, höckerig, mit flachen, warzigen Excrescenzen besetzt, doch sieht man nirgends auch nur die Anfänge der Geschwulstbildung. Im übrigen boten sämmtliche Gallenwege das normale Verhalten dar. Weder in der Nachbarschaft des Gallengangkrebses, noch an irgend einer andern Stelle des Körpers war ein Krebs zu bemerken. — Die mikroskopische Untersuchung liess in diesem Falle keinen Zweifel darüber aufkommen, dass der Krebs von den Epitelien der Gallengangdrüsen ausgegangen war. Die Krebszellen waren an den meisten Stellen, auch in den tieferen Schichten, in der schleimigen Metamorphose begriffen, viele Alveolen enthielten nur glasig-schleimige Massen nebst einigen degenerierten Zellen. Die Neubildung kann demnach füglich als „primärer Gallertkrebs des Gallenganges“ bezeichnet werden.“

Achter Fall.

Die folgenden klinischen Angaben gründen sich auf die mir von Herrn Geheimrath Prof. v. Ziemssen sowie Herrn Prof. Bauer gütigst überlassene Krankengeschichte.

Am 2. Oktober vorigen Jahres (1888) trat in das Krankenhaus zu Augsburg ein 66jähriger Mann, Joh. Schneider, seines Standes Maschinenheizer, ein.

Gelbe Hautfarbe, Hautjucken, Auftreibung und Spannung des Leibes, zeitweilige, durch Druck leicht hervorzurufende Schmerzhaftigkeit im rechten Hypochondrium und Appetitmangel bildeten sein Leiden. Wesentliche Störung des Stuhles sei nicht da.

Anamnestische Angaben sind:

Schleimfieber im Kindesalter. Während 14jähriger Dienstzeit stets gesund; geringes Potatorium wird in dieser Zeit zugegeben. In den letzten 18 Jahren fütterte er täglich 2 grosse Hofhunde bis vor 2 Jahren. – Vor 2 Jahren Aufenthalt in diesem selben Spital wegen Schwellung der Füsse. Die Heilung erfolgte nach Aufbruch und reichlicher wässeriger Absonderung. Bald darauf folgte eine länger dauernde Haemoptoe. Im Juni und Juli des letzten Jahres überstand Patient eine Lungenentzündung, und vom Anfang September datiert obiges Leiden, welches ihn wieder in das Spital führte.

Die nähere Begründung der hier auf „Echinococcus" gestellten Diagnose, der wahrscheinlich die später hier betonten Momente zu Grunde lagen, sowie therapeutische Mitteilungen aus der Augsburger Klinik fehlen mir, bis auf die Angabe einer gemachten Probepunction, welche eine wasserhelle, völlig klare, leicht bewegliche Flüssigkeit lieferte.

Nach 14 Tagen am 16. Oktober erfolgte Ueberführung des Kranken in die I. Abteilung des städtischen Krankenhauses zu München, die Klinik des Herrn Prof. Bauer. Der hier aufgenommene Befund vom 17. X. giebt folgende Daten:

Etwas abgemagerter Körper von untersetztem Bau; Haut und Sclera stark ikterisch. Muskulatur ziemlich gut erhalten.

Die Schleimhäute blass, mit gelbem Ton; Zunge rissig, belegt und feucht. Der Thorax kurz und stark gewölbt, zeigt vergrösserten Tiefendurchmesser und Erweiterung der unteren Apertur, enge Intercostalräume und beschränkte Expansionsfähigkeit.

Linker Spitzenschall kürzer als der rechte.

Die Lungenlebergrenze ist am oberen Rand der 7. Rippe (Mammillarlinie).

Herzfigur ziemlich gross; Contraction energisch; Töne rein, leise.

Der Puls hat nichts Unregelmässiges. Die Arteria radialis lässt Kalkeinlagerung fühlen.

Abdomen meteoristisch aufgetrieben, ohne Ascites.

Am rechten Leberrand ragt eine Geschwulst, welche sich als teigig, fluktuierend, ziemlich glatt, kugelig und empfindlich erweist, ziemlich weit in das Hypogastrium herab. Am linken Lappen ist Vergrösserung nicht nachweisbar.

Die Milz mässig vergrössert. Harn von dunkelbraungelber Farbe, ohne Eiweiss, giebt schwach positiv die Gmelin'sche Reaction.

Temperatur normal.

Am 5. November wurde der Inhalt des rechtsseitigen Tumors durch eine Probepunction als dickflüssig, chocoladefarbig, nach Blut riechend befunden. Unter dem Mikroskop waren hauptsächlich Leucocyten,

spärliche rote Blutkörperchen und Haematoidinkrystalle, keine charakteristische Echinococcusbestandteile zu erkennen. — Der Einstich geschah 2 Finger breit über dem unteren Rande der Geschwulst und ca. 4 Finger breit rechts vom Nabel.

Das Körpergewicht war am 27. X.:

56,20 kgr; am 4. XI.:

55,5 kgr, ebenso am 11. XI.

Auch hier lautete die Diagnose:

Echinococcus hepatis. — Die Lage des Tumors, nemlich unten und aussen vom gewöhnlichen Sitz der Gallenblase; ferner das Ergebnis der Punctionen, da die zweite Punctionsflüssigkeit, wie oft, ihre Veränderung einer hämorrhagischen Beimischung infolge des ersten Einstiches verdanken konnte, andererseits aber das Fehlen von Formbestandteilen nicht strikte gegen Echinococcus spricht — drittens: das der langsam eintretenden Ernährungsstörung bei Echinococcus entsprechende relative Wohlbefinden des Kranken, sowie endlich der bisher in mittleren Grenzen sich haltende Icterus begründeten hauptsächlich die Diagnose.

Die weitere Behandlung erfolgte vom 13. Nov. ab in der II. Abteilung desselben Spitals, der Klinik Herrn Geheimrats v. Ziemssen.

Hier verzeichnet die objective Untersuchung, abgesehen von den schon erwähnten, nicht veränderten Momenten, Folgendes:

Die Lebergegend ist im ganzen resistent. Der linke Leberlappen — jetzt ebenfalls — geschwollen und vergrössert, schneidet etwas innerhalb der Mammillarlinie den Rippenbogen. — Dem rechten Leberlappen zuzusprechen ist eine Dämpfung, welche etwas rechts von der Mittellinie aus der Höhe von ca. 3 cm über dem Nabel vertikal abwärts und dann in einem nach links convexem Bogen der Spina anterior superior

ossis ilei zuzustreben scheint. Dieses Dämpfungsgebiet beherbergt in der Ileocoecalgegend den ca. faustgrossen, verschieblichen, sich etwas elastisch anfühlenden rundlichen Tumor.

Milz vergrössert, 18 : 12,5.

Leib im ganzen vorgewölbt, nirgends druckempfindlich. Linke Inguinalgegend einige geschwellte und indurierte Lymphdrüsen, ebenso rechts einige Nackendrüsen.

Die an jedem Tage wiederholten Aufzeichnungen seien hier nur ihrer Hauptsache nach zusammengefasst für die einzelnen Organe; sie erstrecken sich, da der Tod am 4. Dezember eintrat, über einen Zeitraum von 21 Tagen.

Der Leberrand trat anfangs noch tiefer, um aber bald wieder zurückzuweichen, so dass sich eine Differenz zwischen jetziger und früherer Dämpfung von 4 cm ergiebt. Der rechte Lappen bleibt vom 18. Dezember an von constanter Grösse; der linke verliert hingegen noch etwas und scheint einige Knötchen zu erhalten.

Die Geschwulst bleibt faustgross, nimmt dann in der Länge zu; sie ist prall und unempfindlich, bis in der Nacht vom 23. Nov. heftig stechende Schmerzen von ihr ausgehen, die zwar Morgens nachlassen, doch bei Druck sich wieder einstellen. Schon am 15. Nov. war eine Furche zu fühlen gewesen, welche den Tumor in ein grösseres linkes und kleineres rechtes Stück schnitt.

Am 30. November wurde eine dritte Probepunction vorgenommen, und 210 ccm einer trüben chocoladefarbigen Flüssigkeit ausgezogen.

Dieselbe enthielt mikroskopisch ausser den schon früher gefundenen weissen und roten Blutzellen eigentümlich gestreifte membranartige Gebilde; ihre Streifung

ist aber zu reichlich und regellos, um von Chitinhäuten herzurühren. Nebenher finden sich noch rostbraune Schollen von Zellenhaufen, mehr regelmässig gebildet, Lebergewebe nicht unähnlich, doch zu klein, um als solches zu gelten. Sie scheinen, wie die streifigen Gebilde, in Metamorphose befindliche Blutcoagula zu sein.

Der Tumor war nach der Punction geschwunden, und ein vorher deutlich zu palpierendes und auskultierendes Reiben äusserst schwach geworden. Doch blieb die dem früheren Tumor entsprechende Dämpfung noch bestehen.

Der Icterus schwankte allerdings etwas in seiner Intensität, war aber im ganzen von steigender Tendenz.

An der rechten hinteren Leber-Lungengrenze hob sich schon früh eine 3 Finger hohe Dämpfung heraus. Eine gleiche bestand im Axelunterrande. Rechts wie links pleuritisches Reiben. 2 Tage vor dem Tode über beiden Lungen ein feines Knisterrasseln. Die Respiration war dementsprechend beschleunigt, mühsam, oberflächlich und gab am 3. und 4. December unter einer Frequenz von 32 ganz das Sheyne-Stoke'sche Phänomen.

Die Pulszahl war anfangs verringert (64), gegen das Ende jedoch bis auf 96 und zuletzt 120 gesteigert. Dabei die Temperatur normal; am Todestage = 35,9.

Cerebrale Erscheinungen stellten sich am 29. Nov. zuerst ein als Kopfschmerz und leichte Benommenheit, später als starke Somnolenz und zeitweilige völlige Bewusslosigkeit. Am Todestage war die Sprache schwer verständlich. Beide Bulbi nystagmisch.

Der Harn stets ikterisch; Eiweiss frei. Stuhl träge.

Am Morgen des 4. Dec. erlag der Kranke.

23 Stunden nachher, am 5. December 1888 wurde die Section von Herrn Professor Bollinger

vorgenommen. (Sections-Journal des Pathol. Instituts N. 677. 1888.)

Die Abdominalhöhle enthält rötlich gelbe Flüssigkeit in mässiger Menge. Verwachsungen bestehen zwischen Leber einerseits und grossem Netz und Quercolon andererseits, zwischen Netz und vorderer Bauchwand und zwischen Milz und der ganzen Nachbarschaft. Der Stand des Zwerchfells ist rechts an der 5. Rippe, links im 5. Intercostalraum. Der Rippenbogen wird 3—4 Finger breit von der Leber überragt, welche auch das Quercolon rechts niederdrängt. Der Magen ist in halber Handtellergrösse vorliegend.

Der Thorax von ziemlicher Breite und Tiefe; Rippenknorpel stark ossificiert. Im rechten Pleurasacke ist etwa $^1/_3$ Ltr blutigen Serums. Verwachsen ist die stark retrahierte linke Lunge mit dem Diaphragma; die rechte in ihren oberen Parthien. — Herzbeutel vergrössert, prominent, enthält $^1/_2$ Weinglas blutiger, seröser Flüssigkeit. Herz nach links verdrängt.

Die Besichtigung der einzelnen Organe gab folgende Daten:

Beim Nervensystem sind Trübung der Dura, Anaemie derselben und der Gehirnsubstanz neben Oedem, sowie Dilatation der 4 Ventrikel um etwa die Hälfte, die Hauptmomente.

Linke Lunge retrahiert und somit im Höhendurchmesser verkürzt; das ganze Gewebe derb, cirrhotisch. An der Spitze subpleurale Cavernen. Der Unterlappen ist an einzelnen Stellen von etwa $^1/_2$ Dutzd. kleiner, weisser speckig glänzender Knötchen durchsetzt. Die Schleimhaut seiner Bronchen ikterisch.

Die rechte Lunge 1110 gr schwer, schneidet sich im Oberlappen milzartig. Hier sind markstückgrosse cirrhotische Stellen. Der collabierte Unterlappen mit

geringem Luft- und Saftgehalt enthält wie der linke weisse Knötchen.

Das Herz hypertrophisch, besonders rechts, zeigt aber schlussfähige Klappen. Diese, wie das Endocard, ikterisch. Rechter Ventrikel stark gefüllt. Das ganze Organ nach links verschoben.

Milz in allen Durchmessern vergrössert, 17 : 10 : 4,5. Gewebe weich, dunkelbraunrot.

Die Nieren haben bei normalem Gewicht (280) eine Verkleinerung erfahren. Ihre Oberfläche feinhöckerig, blass; das Gewebe derb mit mässigem Blutgehalt.

Der Mageninhalt bietet nichts Charakteristisches; der des Duodenum ist gallig gefärbt. Nur ein starker Druck auf die ansehnlich erweiterte Gallenblase vermag Galle aus der Papille treten zu lassen. Auch der Inhalt des Ileum und Interstinum crassum zeigt Gallenfarbe. Schleimhäute blass. Weiter keine Veränderung.

Die Leber sehr vergrössert; Gesamtbreite beträgt 28 ctm, in der Höhe misst sie 14, bezüglich 22 ctm. Oberfläche derb, an vielen Stellen höckerig granuliert. Ihre Farbe spielt in's Grünliche.

Auf der blutarmen, feinhöckerig granulierten Schnittfläche sind die Acini nicht deutlich zu erkennen. Die getroffenen Gallengänge zeigen ein weites Lumen. Gewebe zäh.

Die Gallenblase, der intra vitam diagnosticierte Tumor, ist gefüllt und auf 12 cm in der Länge und 7,5 ctm in der Breite dilatiert. Eine reichliche Menge blutig gefärbter Flüssigkeit entleert der Einschnitt. Die Mucosa ziemlich blass. Der Hals der Gallenblase adhaeriert mit der Umgebung.

Auch der Ductus hepaticus ist erweitert durch gelblichen Inhalt. Im Ductus choledochus, nahe

der Blasengangöffnung, erscheint bei der Eröffnung eine Verdickung der blassen und ikterisch gefärbten Wand mit Verengerung des Lumens.

Diese neoplastische Bildung erstreckt sich von der Papille des Gallenblasenganges in einer Länge von 2—$2^1/_4$ ctm nach dem Darmende des Ductus choledochus zu, dessen Wand in ganzer Circumferenz durchsetzend. Die obere Grenze sellt sich als ziemlich steil nach innen prominierend dar an der ganzen Wandperipherie. Die Dicke beträgt etwa 5 mm und ist sich gleichbleibend durch die ganze Länge, bis sie am unteren Ende allmälig abfällt.

Die innere Oberfläche trägt noch die blasse, ikterische und feinhöckerige, aber sonst intakte Schleimhaut.

Nach der Tiefe setzt sich dieser Tumor ziemlich bestimmt ab gegen das freigebliebene Bindegewebe der begleitenden Arteria hepatica und Pfortader, sowie mehr nach rechts gegen die umhüllende Peritonealfalte.

Ein Uebergriff auf die benachbarte Gallenblase, Leber oder auf den Pankreaskopf, wie er dem Carcinom der Gallenblase eigen ist, fand also nicht statt.

Die Consistenz des Geschwulstgewebes war derb. Das Lumen des Ganges augenblicklich zwar verschlossen, scheint aber doch zeitweilig passierbar gewesen zu sein. Oberhalb der Infiltration eine Dilatation des Ductus hepaticus auf 10 mm im Durchmesser, unterhalb jener der Gang normal.

Schon auf Grund einer bei der Section vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung waren sprossende Epitelzapfen erkannt. Das Bild, welches die später angefertigten, gefärbten Schnitte boten, lässt keinen Zweifel mehr über die Natur der Infiltration zu.

Auf einem, senkrecht zur Längsaxe der Geschwulst gestellten Schnitte erscheinen gehäufte Sprossen, je nachdem das Messer sie traf, keulenförmige cylinderartige Schläuche, Ovale oder Kreise bildend. Unverkennbar ist das Streben der Wucherung, die Drüsenform wiederzugeben, doch hat sie es nur bis zu dem Bilde des fibrösen Adenocarcinoms gebracht: das oft nur sehr geringe, oder garnicht mehr zu erkennende Lumen der Zapfen umschliesst in mehrfachen Lagen die wuchernde Zellenmasse, deren Mittelschicht bisweilen noch die cylindrokubische Gestalt des normalen Drüsenepitels bewahrt hat, während nach innen und aussen gegenseitiger Druck zur Annahme der Kugelform zwang. Mit der Epithelwucherung hat eine Hyperplasie der Bindegewebsschicht gleichen Schritt gehalten, und starke Stränge paralleler oder verfilzter Fasern, oft nach Art der elastischen geschlängelt, umgeben die Epithelzapfen.

Die Beteiligung der Gefässe findet, namentlich in den peripheren, im Entzündungsstadium sich befindenden Partieen, Ausdruck durch Haufen ausgetretener Lymphzellen.

Im ganzen prävaliert die secundäre Bindegewebshyperplasie und bedingt die derbe Consistenz der Bildung, welche man als Scirrhus zu bezeichnen pflegt.

Der Tumor ist also eine des physiologischen Abschlusses entbehrende Wucherung des Drüsenepithels mit starker Hyperplasie des Blutgefässbindegewebeapparates; daher laute die mikroskopische Diagnose: scirrhöses Adeno-Carcinom. Als Leichendiagnose aber sei zusammengefasst: Carcinom und Strictur des Ductus choledochus an der Mündungsstelle des Ductus cysticus. — Allgemeiner Icterus. — Hämorrhagische Retentionscyste der Gallenblase. — Hyper-

trophische Lebercirrhose. — Milztumor. — Leichter Ascites. — Anasarca der unteren Extremität. — Oedem der rechten Lunge. Rechtsseitiger Hydrothorax. — Hypertrophia et adipositas cordis et renum.

Epikrise. Sind schon die Symptome, welche eine krebsige Erkrankung der Gallenblase begleiten, in seltenen Fällen der Art, dass sie eine sichere Diagnose gestatten, so ist es geradezu eine Unmöglichkeit, ein solitäres Carcinom des Ganges erkennen zu können. Die Kleinheit der Neubildung an der verdeckten Stelle schliesst die Palpation selbstredend aus. Man könnte an krebsiges Mitergriffensein des Ductus denken, wenn chronischer Icterus, Cachexie und anderweitige Knoten für Krebs überhaupt sprechen. Die Stauung der Galle ist ja gemeinschaftlicher Folgezustand irgendwelcher Unwegsamkeit der Gänge, sei sie durch Steine, Parasiten, Cholangitis, häufig mit folgender narbiger Stenose, oder Druck von aussen durch Aneurysmen oder nachbarliche Tumoren entstanden.

So konnte auch im vorbesprochenen Falle die richtige Diagnose mit Sicherheit nicht gestellt werden. Interessant ist aber gewiss, dass so viele Symptome zu der Diagnose des Echinococcus führten.

Die einzelne Echinococcus-Cyste, die häufigste Form dieses Parasiten im Menschen, ist ja bei oberflächlichem Sitz relativ früh als Tumor zu erkennen. Hier widersprach der Sitz der geschwollenen, nach rechts unten verlagerten Gallenblase nicht der Annahme des Echinococcus; die in der Krankengeschichte erwähnte Furche, jedenfalls durch Adhaesionen der Gallenblase entstanden, konnte wohl nichts zur Erkennung derselben beitragen.

Der Icterus fand seine Erklärung in dem Druck,

den die vermeintliche Cyste auf die hinten gelegenen Hohlräume ausüben musste.

Diagnostisch fordert man von dem Inhalte der Echinococcuscyste — es sei abgesehen von den sorgfältigen von Prof. Jacobsen angegebenen Analysen, welche auch den Gehalt an Bernsteinsäure, Traubenzucker, Kochsalz und einer caseinähnlichen Substanz berücksichtigen — dass er hellgelb, eiweissfrei sei und womöglich charakteristische Formbestandteile, also geschichtete Membranstückchen und Scolices enthalte; so sicher jedoch der Befund von letzteren die Diagnose stellt, so wenig spricht das Fehlen derselben dagegen, es ist also nur der positive Befund zu verwerten. Die erste Punctionsflüssigkeit nun war hell und eiweissfrei; es war eben das reichlich ausgeschiedene seröse Sekret der dilatatorisch gereizten Schleimhaut. Da eine Reaktion auf Mucin, wie auch später, nicht gemacht wurde, so schien die Diagnose, bei welcher wohl auch der langjährige Umgang des Patienten mit Hofhunden ein stützendes Moment abgab, gesichert.

Die weiteren Punctionen zeigten dann diejenige Flüssigkeit, welche eine entzündete oder schon angestochene Echinococcusblase zu enthalten pflegt, nemlich rote Blutkörperchen mit ihren Derivaten und Leucocyten. Das Fehlen von Häkchen und Chitinfetzen konnte wohl bedauert werden, aber nicht von der Diagnose ablenken.

Ferner war der Kräftezustand des Kranken allerdings ein geringer, aber die allgemeine Schwäche war doch nicht jener für Carcinom bezeichnenden Cachexie gleich, welche offenbar allein, oder doch hauptsächlich das kraftlose Leben auslöscht. Dazu kam, das die Erscheinungen des Icterus, der Phtise und später der Pneumonie im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen.

Alle Affektionen der einzelnen Organe, die Verdauungsstörung, Lungenödem, Herzentartung, Milzschwellung, Nierenschrumpfung, cerebrale Störungen und die hypertrophische Lebercirrhose erfordern, als zum Krankheitsbilde jedes Icterus gravis gehörig, keine weitere Besprechung.

Wenn auf Grund der angeführten Fälle das primäre Carcinom des Gallenganges zu beschreiben wäre, würden sich vielleicht folgende allgemeine Charakteristica ergeben:

Eine Praedilektionsstelle für diese Neubildung im Gallengange ist nicht zu erkennen. Es ist allerdings in einigen Werken als solche die Papilla duodenalis und cystica genannt, wie es scheint, aber mit Berücksichtigung der von Frerichs und Anderen angeführten Casuistik, welche nicht ausschliesslich primären Krebs behandelt. Von Tumoren überhaupt mögen genannte Stellen also bevorzugt werden.

In der Portio duodenalis sass in unseren Fällen die Geschwulst dreimal, wenn die Bezeichnung Birch-Hirschfeld's „unterster Teil des Ganges" der Portio duodenalis gelten soll.

Im mittleren Teile des Ductus choledochus, nehme ich an, war der von letztgenanntem Autor zu zweit beschriebene Knoten lokalisiert. — Die Vereinigungsstelle von Ductus cysticus und hepaticus war in Schreiber's und in dem letzten Falle ergriffen. — Der Ductus hepaticus war einmal in seinem unteren Teile, das andere Mal an der Bifurcation Sitz des Carcinoms.

Was die Form des Krebses angeht, so war derselbe mehreremale als eine circumscripte, den Umfang der Canalstelle ganz einnehmende Infiltration beschrieben, welche mit wallartig aufgeworfenen oder doch

steilem Rande bestimmt endet. Auch nach der Tiefe ist eine ausgesprochene Begrenzung angegeben, namentlich in Schreiber's Fall, wo der in die Leber vorgedrungene Tumor doch sich scharf vom Parenchym absetzt.

Die Grösse glich einmal der einer Wallnuss, sonst wird die Wanddicke auf 4—5 cm, die Länge bis auf wenige Centimeter angegeben.

Die Schleimhaut zeigt einmal flache Excrescenzen, zweimal ist sie als solche nicht zu erkennen, sondern bildet eine weiche saftreiche Wand; einmal ist sie stellenweise exulceriert. Es ist anzunehmen, dass sie in den andern Fällen, wie im letzten, relativ intakt geblieben.

Das Lumen ist natürlich immer beeinträchtigt worden; doch muss es einigemale zeitweilig durchlässig gewesen sein. Der Festigkeit des Verschlusses entsprach natürlich in gewissen Grenzen die Intensität des Icterus.

Der histologische Bau ist vorwiegend der des sog. Adeno-Carcinoms von scirrhöser Consistenz, zweimal mit centraler Erweichung. Schüppel's Beobachtung gilt einem ausgesprochenen Gallertkrebs.

Zu einer Zeit, wo viele Autoren, wie es scheint, mit Erfolg, die Ansicht vertreten, dass nur Epithel- oder Drüsenzellen Krebse entstehen lassen, versteht es sich eigentlich von selbst, bei der Frage nach dem Ausgangsorte der in Rede stehenden Krebsart nur an die Zellen der Gallengangdrüsen zu denken. Es bedurfte aber erst des wohlbegründeten Nachweises von Seiten Birch-Hirschfeld's und Schüppel's, sowie Klebs, dass Villard's strikte und bisher unbeanstandete Behauptung, nur das submucöse Bindegewebe sei Entstehungsort des primären Carcinoms der Gallenwege und erst später werde Mucosa und Muscularis ergriffen, ein Irrtum sei.

Für die Aetiologie ergeben sich nur wenige Anhaltspunkte. Die von Durand-Fardel, dessen Fälle sämmtlich einem Frauenspitale entstammen, erweckte Ansicht von der Praedisposition des weiblichen Geschlechts für Carcinom der Gallenwege, welche auch von Villard betont wird, scheint durch die sich häufenden Beobachtungen nicht mehr gerechtfertigt. Für das Carcinom des Gallenganges speciell geben die angeführten Fälle eher ein umgekehrtes Resultat, indem 5mal das männliche, 2mal das weibliche Geschlecht vertreten ist; einmal wurde eine diesbezügliche Angabe nicht gemacht.

Für hereditäre Disposition giebt sich weder hier, noch bei den Gallenblasenkrebsen ein Anhalt.

Sehr bestimmt, wie auch für andere Krebse, ist die Altersgrenze. Auch hier sind es ausnahmslos hochbetagte Leute, welche erkranken. Zweimal fehlt die Altersangabe, sonst schwankt dasselbe zwischen 49 und 69 Jahren. Durand-Fardel's Beobachtungen betreffen das Alter von 71—81 Jahren. Vor dem 40. Jahre ist ein Krebs der Gallenblase nur einmal, und zwar von Markham[1]), eine 28jährige Frau betreffend, bekannt gegeben.

Zwischen Gallenkrebs und den meist zugleich gefundenen Gallensteinen ist entschieden ein ätiologisches Verhältnis anzunehmen, dessen Deutung nunmehr dahin zu gehen scheint, dass die Concremente als primär den Anlass zur Krebsentwickelung gaben. Für den Gallengang fällt dieses Moment ganz aus, denn der in unserm ersten Falle vorkommende Stein sass oberhalb des Carcinoms, offenbar der Gallenblase entschlüpft und an der verengten Stelle aufgefangen.

Ueber die Diagnose ist schon im Anschluss an

1) Transakt of the Pathol. Soc. VIII.

den letzten Fall gesprochen und ist daran festzuhalten, dass einerseits alle krebsigen Tumoren der umliegenden Organe durch Compression des Gallenganges diagnostisch gleichwertig werden können, andererseits die kleine Geschwulst als solche überhaupt nicht zu erkennen ist. Ja, man darf wohl annehmen, dass sogar bei der Obduktion sehr wohl eine derartige Affektion entgehen kann, zumal, wenn man bei freigebliebenem Gange nicht durch Icterus zur besonderen Untersuchung dieses Organs aufgefordert wird. Intra vitam ist die Diagnose in den aufgezählten Fällen nie gestellt worden.

Nur Durand-Fardel vermisste bei seiner Patientin den Icterus, der sonst das augenfälligste Moment der Krankheit bildete und in den Organen der Verdauung, Respiration, Circulation und Psyche die bekannten Veränderungen setzte und wohl stets zur Auflösung des zerrütteten Körpers beitrug, so dass die eigentliche Cachexie, die mächtige Begleiterin fast aller Krebse weniger hervortrat. Nachdem dann während der über Jahresfrist nicht hinausgehenden Dauer der Krankheit auch noch die Tuberculose, falls sie vorher fehlte, sich eingestellt, erlagen die gänzlich Erschöpften teils der Schwäche, teils unter den mehr weniger ausgesprochenen Zeichen der Pneumonie.

Dem Mitgeteilten zufolge ist dieser primäre Krebs gewiss zu den seltenen und schon dadurch zu den interessantesten pathologischen Erscheinungen zu rechnen; es sei aber nochmals auf die Möglichkeit des leichten Uebersehens hingewiesen. — In den Berichten über die in der Pathologischen Anstalt zu München vorgenommenen Sektionen innerhalb der Jahre 1854 und 1884 ist nur ein einzelner Fall von Carcinom der Gallenblase als primär erkannt, verzeichnet neben 71 Carcinomen der Leber. Die Zahl der Carcinome überhaupt betrug 886, die der Sectionen 12,773.

Meinen verehrten Lehrern, Herrn Prof. Dr. Bollinger, sowie Herrn Prof. Dr. Bauer und Geheimrat Prof. Dr. von Ziemssen für die gütige Ueberweisung der Arbeit und Ueberlassung des Materials sei an dieser Stelle herzlicher Dank ausgesprochen.